

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

No.....

17

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Eglé STOOPEN

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris.

Née le 23 novembre 1913, à Nice (Alpes-Maritimes).

**De l'évolution
de l'Acrodynie infantile
(Fréquence des formes prolongées
et des séquelles)**

Président : M. CARNOT, Professeur.

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Eglé STOOPEN

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris.

Née le 23 novembre 1913, à Nice (Alpes-Maritimes).

De l'évolution
de l'Acrodynie infantile
(Fréquence des formes prolongées
et des séquelles)

Président : M. CARNOT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
	MARION.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBRÉDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	Maurice VILLARET.
	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	CROUZON.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	FFV Urologie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON	GASTINEL Bactériologie.
(Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
BOULIN Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.	GAYET Physiologie.
CATHALA Pathologie médicale.	DE GENNES Pathologie médicale
CHEVALLIER Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÈNEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.

MM.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIÈVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY. } Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER. } Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 METZGER. } Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Avec toute ma tendresse et ma profonde
reconnaissance.*

A MON MARI

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté.

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Membre de l'Académie de Médecine.

*En témoignage de notre admiration et de
notre reconnaissance.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT CLEMENT

Médecin des Hôpitaux.

*Qui nous a inspiré ce sujet de thèse. Nous
voulons lui dire toute notre gratitude pour
le matériel d'observations qu'il nous a fourni
et pour les conseils qu'il nous a donnés.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA

Médecin de l'Hôpital Trousseau.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

MONSIEUR LE DOCTEUR GANDY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA

INTRODUCTION

Notre but n'est pas, après les nombreux travaux publiés, de reprendre l'étude de la symptomatologie de l'acrodynie, ni d'ajouter, à une littérature riche déjà de plus de 2.000 cas, une vingtaine de nouvelles observations, mais d'apporter, sur l'évolution de cette maladie, des notions différentes de celles admises jusqu'ici. Nous avons été frappés en étudiant les observations de ces malades, suivis souvent depuis plusieurs années à la consultation de notre Maître le Docteur Robert CLÉMENT, de la façon dont ces cas avaient évolué.

En effet sur 20 cas nous avons relevé :

une mort subite,

1 cas dont le début ne remonte qu'à 4 mois.

3 guérisons rapides,

1 cas perdu de vue,

les 14 restants ont évolué respectivement en : 12 mois (3 cas), 14 mois, 15 mois, 18 mois, 22 mois, 24 mois, 26 mois, 27 mois, 33 mois, 3 ans et 1 mois, 3 ans et 11 mois.

De plus certains de ces cas présentent encore des signes évolutifs. Certains « guéris » conservent des séquelles.

Faisons observer en outre qu'il s'agit là d'acrodynies banales, mieux encore, souvent, d'acrodynies frustes à symptomatologie atténuée ou incomplète, les formes graves ayant été hospitalisées.

Or il est classique de dire que l'acrodynie infantile évolue en quelques mois vers la guérison complète et sans séquelles. Très rares sont en effet les cas publiés à évolution prolongée.

Aussi, nous appuyant sur l'étude de nos observations, nous voulons montrer que bien souvent, même dans ces formes apparemment banales, l'acrodynie peut être une maladie très longue, parfois désespérante, que la guérison est fréquemment instable et les séquelles, si on les recherche, moins rares qu'on ne le pensait. C'est donc une affection qui, même dans ses formes les plus frustes, doit toujours être considérée comme grave; le pronostic ne saurait être porté avec trop de prudence; nous ne saurions trop insister enfin sur l'intérêt qu'il y a à suivre longtemps ces jeunes malades.

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE

De très nombreux travaux ont été publiés sur la symptomatologie de l'acrodynie infantile. Aussi nous contenterons nous ici de schématiser son tableau clinique.

L'acrodynie infantile est une affection qui frappe avec une remarquable prédilection les enfants âgés de six mois à quatre ans.

Le début est souvent difficile à préciser, car il est extrêmement insidieux. Il est progressif. Sa durée peut être longue, et atteindre deux ou trois mois. Très souvent, il est marqué par un épisode fébrile : grippe, rhino-pharyngite, coryza. Dans l'ensemble ce sont les troubles psychiques qui paraissent être les plus précoces et les plus constants.

A la période d'état :

1°) **Le syndrome acro-pathologique** constitue une des manifestations les plus caractéristiques. Les mains et les pieds et surtout la paume des mains, la plante des

pieds, les doigts et les orteils sont roses ou rouges, parfois écarlates, lie-de-vin. Cet érythème revêt parfois le type morbiliforme, miliaire ou scarlatiniforme; les mains et les pieds sont gonflés, boudinés, et œdémateux. Ils sont froids et moites, souvent couverts de sueurs. La desquamation, parfois tardive, se fait souvent par larges lambeaux. Les mains et les pieds sont douloureux et sont le siège de fourmillements, de sensation de brûlure, de prurit ou d'élancements.

2°) **Les troubles psychiques** sont au moins aussi caractéristiques que les manifestations cutanées. Ils sont constants et très souvent les plus précoces. Ce sont essentiellement des *troubles de l'affectivité et de l'activité*.

L'enfant ne joue plus, il est triste, il ne parle plus ou geint ou répète sans cesse le même mot. Il refuse de quitter le lit, où il adopte les attitudes les plus étranges; ou bien il reste accroupi dans un coin de longues heures durant. Il ne veut plus marcher, ni manger; il boit souvent beaucoup. L'insomnie est fréquente. Parfois il est irritable, hostile, méchant et pervers; son visage exprime l'anxiété et le désespoir. Dans aucune autre affection l'état de souffrance profonde n'est aussi marqué.

Ces troubles, qui peuvent être plus ou moins prononcés, présentent des alternatives d'excitation et de dépression.

3°) Nous insisterons tout particulièrement sur **les troubles circulatoires** qui, de tous les signes, nous

semblent les plus constants et les plus durables. Ce sont : d'une part la *tachycardie* régulière, modérée, fixe, d'autre part et surtout l'*hypertension artérielle*, qui manque rarement et que nous considérons comme le signe le plus constant.

La disparition des troubles circulatoires est, avec la reprise du poids, le meilleur signe de guérison. La persistance de ces troubles lors de la convalescence doit faire craindre une rechute. Notons cependant que tachycardie et hypertension perdent de leur valeur si l'enfant est particulièrement agité.

4°) Nous insisterons enfin :

- sur les **troubles de l'état général** qui montrent l'atteinte profonde de l'organisme et tout particulièrement sur l'*amaigrissement* qui est rapide et souvent considérable (la reprise du poids est, nous l'avons vu, un bon signe de guérison);

- sur les **troubles moteurs** et surtout l'*hypotonie musculaire* diffuse, signe constant pour beaucoup d'auteurs;

sur la **sudation** souvent, extraordinaire, prédominant aux extrémités;

- sur les **troubles trophiques** si particuliers : chute des ongles, des cheveux, des dents et des phalanges.

Rappelons enfin qu'on a souvent noté de l'hyperglobulie et de la leucocytose sanguine et que le liquide céphalo-rachidien s'est toujours montré sensiblement normal.

CHAPITRE II

EVOLUTION

1°) **Sa durée.**

Que peut-on penser de la durée de l'évolution ? Il est extrêmement difficile d'apprécier la durée exacte de la maladie. Nous avons vu en effet combien le début était insidieux et imprécis; la guérison est parfois au moins aussi difficile à déterminer.

Tous les auteurs s'accordent pour dire que l'acrodynie infantile, en dehors des formes frustes, à une durée de quelques mois :

pour ROCAZ dans l'immense majorité des cas de 4 à 7 mois;

pour DEBRÉ et SERVEL DE COSMI : de 5 à 6 mois;

pour PÉHU : de un semestre environ;

pour LEVESQUE et MÉRY : de 3 à 6 mois;

pour LEREBoullet : de 4 à 5 mois;

pour HANAUT : de six mois à 1 an;

pour SELTER : de quelques semaines à quelques mois;

pour CRAWFORDS : de six semaines à un an.

pour Wood : de 7 mois environ;

pour FOERSTER : de 2 à 7 mois.

D'ailleurs, on ne retrouve dans la littérature que de rares cas à évolution plus longue. Cependant ROCAZ signale un cas ayant évolué pendant 18 mois. DEBRÉ et COSMI un cas de plus d'un an. HANAUT rapporte dans sa thèse un cas d'acrodynie évoluant depuis 20 mois et non guéri à la publication.

MARIA MARTINO a rapporté tout récemment un cas d'acrodynie à évolution très prolongée. Ce cas nous paraît être particulièrement intéressant et nous le résumerons ci-dessous :

Valentina V... née le 26 juin 1926.

A l'âge de trois ans : érysipèle du membre inférieur droit.

Immédiatement après apparaissent : agitation, insomnie, fourmillements des mains et des pieds avec rougeur et gonflement. Marche la tête en avant et tombe en avant. Puis périodes d'amélioration et d'aggravation de durée imprécise.

En Décembre 1933 épisode fébrile avec convulsions.

A l'âge de 8 ans, de Janvier à Juin 1934, poussée évolutive avec troubles psychiques et troubles cutanés très importants. T. A., 12,5-7,5. Pouls : 125. Amélioration après amygdaléctomie (?).

En juillet 1934, deuxième poussée avec prédominance des troubles cutanés.

De septembre 1934 à septembre 1935, va bien.

En février-mars 1936 : nouvelle rechute avec troubles cutanés très marqués.

En décembre 1936 : quatrième poussée avec douleurs abdominales et aggravation des signes cutanés.

Revue en mars 1937 en bon état.

L'auteur note que l'hypertension et la tachycardie n'ont jamais manqué ainsi que les troubles cutanés et psychiques. Il situe son cas parmi les formes récidivantes à évolution prolongée.

Ainsi on relève dans la littérature très peu d'observations d'acrodynie dont la durée dépasse huit mois. Si l'on considère qu'il y a à ce jour plus de 2.000 cas publiés et que l'on ne publie généralement que les plus intéressants, on peut croire, que cette éventualité est très rare. Cependant on est en droit de penser que, si ces enfants étaient toujours minutieusement suivis, revus à plusieurs reprises après leur « guérison », ces cas seraient probablement moins exceptionnels. Bien souvent en effet les petits malades sont perdus de vue; bien souvent ils sont jugés guéris, au dire de leurs parents par exemple, alors qu'en réalité ils conservent des signes. Rappelons encore qu'on ne saurait parler de guérison, tant que persistent la tachycardie, l'hypertension et les troubles de l'état psychique et du caractère.

Quant à nous, nous présentons 20 observations suivies à la consultation de l'hôpital Trousseau depuis 1933 par notre Maître le Docteur Robert CLÉMENT. Parmi ces 20 enfants :

— 1 fut hospitalisé et mourut subitement (observation XX)

— 3 guérirent spontanément en quelques mois (observations XIII, XVI et XVII)

1 autre (observation XVIII) fut perdu de vue;

— 1 (observation III) évolue seulement depuis quatre mois.

— *les 14 autres enfants* ont présenté des évolutions extrêmement longues :

Observations XV et XIX. Semblent avoir guéri en une douzaine de mois.

Observation X. 12 mois après le début : en pleine évolution.

Observation VIII a évolué pendant 14 mois : non guérie; perdue de vue.

Observation IV évolue depuis 15 mois : non guérie.

Observation XIV. 18 mois après le début : en pleine évolution.

Observation I suivie depuis 22 mois : séquelles.

Observation IX. Guérison brusque après 24 mois d'évolution.

Observation II. 27 mois après le début n'est pas guérie.

Observation VII. Evolue depuis 33 mois : non guérie.

Observation VI a guéri après 26 mois, mais : séquelles.

Observation XII. Suivie depuis 3 ans et 7 mois : semble guérie depuis 3 mois.

Observation XI. Evolue depuis 3 ans et 11 mois : non guérie.

Observation V. Guéri après 18 mois d'évolution; deux ans et demi après présente des séquelles.

Si l'on considère d'autre part, que ce sont là des acrodynies de forme moyenne, ou même plus souvent des acrodynies légères ou frustes qui n'ont à aucun moment nécessité l'hospitalisation, que ces enfants ont été soumis aux traitements variés habituels (génésérine, bains carbo-gazeux, rayons U. V., acétylcholine, salicylate de soude intraveineux, ondes courtes, diathermie, injection de sang paternel), qu'enfin, plusieurs d'entre eux sont encore en pleine évolution, on

ne peut pas ne pas être frappé par la fréquence de l'évolution prolongée au cours de cette affection.

2°) **Allure générale de l'évolution.**

L'évolution de l'acrodynie infantile est très particulière. Elle est essentiellement irrégulière, on a dit paroxystique. Nous avons montré que le début est très insidieux, que les troubles nerveux s'exagèrent jusqu'à l'apparition du syndrome acropathologique, puis que le tableau se complète par des symptômes plus ou moins nombreux et plus ou moins intenses. Nous insisterons sur *les poussées évolutives*, marquées par l'exagération de certains signes seulement, les troubles cutanés par exemple, ou les troubles psychiques, les autres symptômes restant très discrets ou même absents. Notons que lors de ces poussées, on retrouve cependant d'une façon presque constante les troubles circulatoires (hypertension et tachycardie). Nous retrouvons ces poussées évolutives, bien connues de tous les auteurs, dans chacune de nos observations. Elles sont particulièrement nettes dans l'observation de Maria MARTINO, résumée ci-dessus. L'auteur divise l'évolution à partir de l'âge de 8 ans en quatre poussées, marquées tantôt par l'exagération des troubles psychiques, tantôt par l'accentuation des signes cutanés; à chaque poussée l'auteur note l'hypertension et la tachycardie.

Ces poussées sont suivies de rémissions, parfois si importantes, qu'elles peuvent faire croire à une guérison définitive. Fait notable, très souvent, sinon tou-

jours, l'hypertension et la tachycardie persistent au cours de ces rémissions.

On sait aussi que l'on peut observer des variations, psychiques par exemple, au cours d'une même journée (dans notre observation XIV l'enfant présentait des troubles psychiques sérieux, tous les jours à partir de 4 heures). Ces variations semblent parfois en rapport avec le temps. BINET, d'Alger, a noté chez ses malades une amélioration pendant les journées de siroco, une aggravation pendant les journées de chaleur humide.

Dans la plupart des cas, ces poussées et ses rémissions, qui peuvent être plus ou moins importantes et plus ou moins nombreuses, mènent plus ou moins tard à l'amélioration. Celle-ci est d'abord partielle et incomplète. Pour ROCAZ, ce sont les signes nerveux qui disparaissent les premiers. En réalité, la variabilité extrême des associations symptomatiques, l'évolution souvent isolée et indépendante des signes ne permet pas de dire, d'une façon absolue, dans quel ordre se fait la *regression*.

3°) **Evolution spontanée vers la guérison.**

Dans beaucoup de cas, en quelques mois on observe une évolution spontanée vers la guérison. Parmi nos petits malades, trois d'entre eux ont guéri rapidement (observations XIII guérie en 7 mois. — XVI guérie en moins de 12 mois. — XVII semble avoir guéri en 2 mois environ). Il nous paraît très important d'insister sur la nécessité qu'il y a, avant d'affirmer la

guérison complète, de pratiquer un examen minutieux des systèmes nerveux et circulatoire. On sait que la persistance de la tachycardie, de l'hypertension et troubles du caractère doivent faire craindre une rechute. De même la reprise du poids et de la gaité est un signe favorable.

4°) **Evolution prolongée.**

D'autres fois au contraire l'évolution va être beaucoup plus longue; elle va porter sur de nombreux mois, même sur des années et paraîtra interminable. Rien ne permet au début de prévoir une telle éventualité, car ce sont des acrodynies souvent banales, parfois même des acrodynies à symptomatologie fruste. Elles ne semblent différer en effet des autres acrodynies que par un plus grand nombre de poussées évolutives. Ce fut le cas, nous l'avons vu, de 14 de nos jeunes malades.

5°) **Les rechutes et les récides.**

Il est classique de dire que les rechutes sont fréquemment observées au cours de l'évolution de l'acrodynie infantile. En réalité il est extrêmement difficile de différencier une rechute d'une poussée évolutive.

Les récides paraissent plus rares; on dit qu'il y a récide lorsqu'une poussée survient après une « guérison » de plus d'un an. Il semble en général que la deuxième atteinte soit plus bénigne que la

première. Citons le cas de DEBRÉ et Mlle CLÉRET où il y eut récédive après 7 ans de guérison; celui de WEIL-HALLÉ et KLOTZ (récédive un an après); un cas de PÉHU; deux cas de BOUCOMONT; un cas de HANAUT où la maladie reprit un an après la guérison apparente. L'enfant dont Maria MARTINO relate l'observation présenta une première atteinte à l'âge de neuf ans.

(^e) **Influence des maladies infectieuses à virus filtrants.**

Les maladies infectieuses sont assez souvent notées au cours de l'acrodynie. Elles ne semblent pas sans influence sur elle, et modifient souvent l'évolution.

La rougeole, la grippe, la varicelle (obs. XII), la coqueluche sont fréquemment rencontrées au début. Rappelons que pour certains auteurs la rhino-pharyngite est presque constante à cette période.

Apparaissant au cours de la période de pleine évolution elles semblent en général améliorer l'acrodynie et parfois la guérir. On trouve dans la littérature de nombreuses observations de ces cas. HANAUT relate dans sa thèse le cas typique d'une acrodynie grave avec phénomènes gangréneux qui guérit avec une rapidité extraordinaire six jours après le début d'une rougeole. D'autres fois par contre, on a accusé la maladie infectieuse de produire des rechutes. On a également signalé des acrodynies se terminant brutalement par une rougeole hypertoxique. Enfin souvent l'évolution de l'acrodynie ne semble pas modifiée (Obs. V-VI).

Nous rappellerons aussi que l'encéphalite épidémique et, beaucoup plus rarement, la maladie de Heine-Medin peuvent précéder l'acrodynie, survenir au cours de son évolution ou la suivre. Dans notre observation IX, l'acrodynie semble avoir succédé à un épisode encéphalitique.

Ces faits assez fréquemment observés plaident en faveur de la théorie qui considère l'acrodynie comme une névraxite. La plupart des auteurs pensent en effet que l'acrodynie est due à un virus neurotrophe identique au virus encéphalitique ou très voisin, atteignant le système neuro-végétatif, plus particulièrement au niveau des noyaux diencephaliques. En réalité, si l'atteinte du système nerveux autonome central paraît indiscutable et explique parfaitement les symptômes variés et à topographie symétrique de cette affection, il n'existe encore aucun argument anatomique ou expérimental qui n'ait prêté à discussion.

7°) **Les complications.**

Il n'est pas rare d'observer des complications au cours de l'acrodynie. Citons les hémorragies, les épistaxis assez fréquentes (obs. VII et XIV) et peu graves; les troubles trophiques, chute des cheveux et des dents (obs. IX), nécrose du maxillaire, gangrène des extrémités avec mutilations digitales (depuis le cas de PARKES WEBER, de DEBRÉ et Mlle PÉTOT, de nombreux cas ont été signalés); les infections secondaires, surtout cutanées (pyodermites, furoncles et panaris qui

sont extrêmement fréquents, parfois phlegmons avec vastes décollements). Rappelons que les affections pulmonaires sont de toutes les complications les plus fréquentes et les plus graves, tout particulièrement les broncho-pneumonies qui souvent sont cause de mort.

8°) La mort.

L'acrodynie infantile est assez souvent mortelle dans les formes intenses. De nombreuses statistiques ont été publiées; cependant elles sont en général trop peu importantes pour qu'elles puissent fournir des renseignements précis.

Citons :

WOOD	sur	91 cas,	mortalité de	5,49 %
HAUSHALTER	—	9	—	11,11 %
THEBAUD	—	32	—	12,5 %
SERVEL de COSMI.	—	10	—	10 %
ROCAZ	—	37	—	5,40 %
HANAUT	—	30	—	30 %
BEUTTER	—	126	—	5,5 %
DUPONT	—	40	—	10 %
		275		12 %

En réalité la mortalité est probablement moindre, les cas publiés en effet sont en général les plus graves, et si l'on tient compte de toutes les formes, la fréquence des formes légères maintenant mieux observées doit sensiblement abaisser ce taux.

Parfois la mort se fait dans la cachexie progressive. Plusieurs cas en ont été publiés. HANAU relate l'observation d'une acrodynie banale qui évolua en quelques mois vers la cachexie. A l'autopsie, aucune lésion ne permit d'expliquer cette mort.

Mais, fait important, et qui doit faire singulièrement réserver le pronostic, au cours des formes les plus banales de l'acrodynie infantile, alors que l'enfant parfois est en voie d'amélioration ou même en plein convalescence, on a observé des morts subites. Mort subite ou décès en quelques heures, souvent en hyperthermie, cette redoutable éventualité n'est pas rare. BEUTTER en rapporte deux cas, DEBRÉ un cas, ARDISON un cas, BOUCOMONT un cas, DUPONT dans sa thèse un cas, DICKSON, de Melbourne, rapporte deux cas de mort subite chez des enfants convalescents. Notre observation XX concerne un enfant ayant présenté une acrodynie de forme moyenne et qui alors qu'il était en voie d'amélioration mourut dans l'hyperthermie en une dizaine de minutes.

CHAPITRE III

PRONOSTIC ET SEQUELLES

Nous ne saurions trop insister sur ce fait : le pronostic doit être toujours réservé. Il ne faut pas, en présence d'un petit acrodynique, faire preuve d'un optimisme imprudent et cela même s'il s'agit d'une acrodynie légère, d'une acrodynie fruste, car, et nous avons suffisamment insisté sur ce point, la durée de l'évolution sera impossible à prévoir et la mort subite est une éventualité redoutable toujours possible :

De plus, et nous abordons ici un fait capital, contrairement à l'opinion généralement admise, *l'acrodynie infantile n'est pas à l'abri des séquelles*.

En effet il est classique de dire que la guérison est toujours complète et se fait sans séquelles. C'est même là pour beaucoup d'auteurs le caractère primordial de l'acrodynie. « Les séquelles sont inconnues » (WOOD). « La guérison est définitive et complète, il ne reste aucune séquelle » (H. JANET). PÉHU écrit : « L'acrodynie guérit le plus souvent sans laisser aucune trace. Il est curieux de constater le retour intégral des fonctions motrices profondément troublées auparavant ».

N'est-ce pas là enfin l'argument principal de RIESCHTEL contre la théorie qui considère l'acrodynie comme une névraxite ?

Cependant certains auteurs ont insisté « sur l'intérêt qu'il y aurait à suivre les malades « guéris » et voir si oui ou non ils présentent des séquelles éloignées » (DEBRÉ et Mlle CLÉRET qui présentèrent le cas d'un enfant conservant un an après sa guérison des troubles vaso-moteurs des extrémités et des troubles du caractère).

Plusieurs auteurs, qui ont pu revoir leurs petits malades quelques années après la guérison complète de l'acrodynie, ont observé des séquelles. C'est ainsi que BEUTIER qui étudia 126 cas note que l'acrodynie laisse des troubles vaso-moteurs et de la nervosité. J. BOUCOMONT qui revit 11 enfants signale que l'un d'eux présentait, deux ans et demi après, de la nervosité « considérée comme anormale par les instituteurs » ; un autre enfant présentait un retard psychique très net (trois ans et demi dans la même classe) ; un troisième enfant revu deux ans après a présenté, à deux reprises, des troubles trophiques au niveau des mains. ROCAZ a signalé la persistance pendant deux ans, chez un de ses malades, de bizarreries du caractère ; il relate d'autre part le cas d'une de ses malades qui deux ans et demi après la guérison présentait une démarche ataxique et un léger tremblement. Cet auteur conclut : « ces séquelles, rappelant celles de l'encéphalite, paraissent moins rares qu'on ne le pensait ». BARRE rapporte le cas d'un de ses

malades conservant après sa guérison un caractère très irritable et une tachycardie à 130. D'autres auteurs enfin ont signalé l'apparition après l'acrodynie de troubles endocriniens (ARDISSON), d'arthrites décalcifiantes (BEUTTER), de néphrites (PROSKOURIAKOFF), de l'areflexie tendineuse (MARQUEZY).

Ainsi l'acrodynie ne semble pas être à l'abri des séquelles. D'ailleurs, comme l'a écrit justement HANNAUT : « on ne saurait croire qu'une affection qui donne des troubles si profonds ne laisse sur le frêle organisme de l'enfant la moindre trace. Voilà une affection qui pendant des mois ébranle le système neuro-végétatif et celui-ci n'en est pas définitivement troublé, ainsi que la pléiade des glandes endocrines qui lui sont annexées ».

En réalité, les cas d'acrodynie observés sont souvent trop récents, les cas les plus anciens, qui sont les plus intéressants, sont généralement perdus de vue. Or, ce n'est que par l'observation minutieuse et suivie des petits malades que l'on acquerra une certitude absolue.

Bornons-nous à montrer ici que parmi nos vingt malades et malgré les traitements nombreux et variés (tous ceux proposés par les divers auteurs) 4 d'entre eux guéris présentent actuellement *des séquelles* manifestes :

L'enfant Georges D... Obs. I, guéri, 22 mois après le début, garde une T. A. de 14-11; pouls à 120.

L'enfant Colette E... obs. V suivie depuis 4 ans, guérie depuis 2 ans et demi conserve : une T. A. à

14-10; pouls à 100; un caractère très triste.

L'enfant Denise H... Obs. VI, guérie depuis quelques mois, mais conserve des troubles vaso-moteurs et de la tachycardie.

L'enfant Jacqueline S... Obs. XVII, guérie depuis 2 ans et demi, garde une T. A. à 15,5 de maxima; une tachycardie à 100.

Ainsi l'existence des séquelles post-acrodyniques paraît incontestable. Nous pensons que ces séquelles sont moins rares qu'on ne le croyait. De plus il serait intéressant de revoir ces enfants plus tard, à la puberté ou à l'état adulte. Les cas étudiés sont encore trop récents. On peut toutefois se demander si certains faits observés chez l'adolescent ou chez l'adulte et auxquels on ne trouve pas d'explications satisfaisantes ne sont pas en rapport avec une acrodynie ancienne méconnue. Nous voulons parler de certaines hypertensions, de certaines tachycardies paraissant essentielles, de certains troubles vaso-moteurs des extrémités, de certains troubles psychiques, tels que états d'émotivité dits constitutionnels, mélancolie, hypochondrie, perversions psychiques, ou même de véritables ensembles pathologiques qualifiés de syndromes para-basedowiens. *Ces troubles ne pourraient-ils être rattachés à une acrodynie passée inaperçue et en être les redoutables séquelles ?*

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Nous ne voulons pas étudier ici les nombreux traitements proposés. Nous rappellerons cependant que les effets des traitements sur l'évolution de l'acrodynie infantile doivent être interprétés avec grande prudence; en effet il est extrêmement difficile, sinon impossible, d'apprécier la valeur d'une thérapeutique sur une maladie dont l'évolution est aussi irrégulière.

En réalité de tous les traitements proposés on peut dire qu'ils ont donné quelques succès, mais que leur action est inconstante.

On a obtenu des résultats paraissant très favorables avec des rayons ultra-violets, mais bien souvent ils se sont montrés parfaitement inefficaces. Dans notre observation X, les rayons ultra-violets semblent même avoir exagéré les symptômes psychiques et la tachycardie.

Les bains carbo-gazeux sont parfois efficaces, quelquefois aussi sans effet; dans notre observation IX les bains carbo-gazeux provoquèrent même une forte réaction.

Le salicylate d'éserine s'est montré également inconstant.

Le salicylate de soude intraveineux a paru actif dans quelques cas.

L'acétylcholine, qui a donné des succès à quelques auteurs ne nous a pas paru donner des résultats très importants; de même les ondes courtes et la diathermie.

LES OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Georges D..., né le 5 janvier 1934.

Vu pour la 1^{re} fois le 16-12-1935. A ce moment là il reste déjà depuis trois semaines au lit; il ne parle pas, ne joue pas; il crie dès qu'on le touche. Il transpire beaucoup, surtout des mains et des pieds. Il a des démangeaisons généralisées. Il mange très peu, mais boit un litre de lait par jour. Il a maigri de 1 kg. 700.

A l'examen le teint est pâle, les yeux cernés; il a des lésions de grattage sur l'abdomen. Les mains et les pieds sont froids, roses, couverts de sueur, les pores sont dilatés; les chevilles sont épaisses et les jambes légèrement arquées. Il existe une polyadénopathie : ganglions carotidiens gauches, axillaires et inguinaux assez gros, de consistance plutôt molle mais sans périadénite.

Le poids est de 9 kg. 200.

Le reste de l'examen est négatif; les cuti et intra-dermo-réactions sont négatives. La radio pulmonaire est normale.

Traitement : bains carbo-gazeux de Royat.

Le 20-12-1935. Poids : 9 kg. Cause un peu plus, mange un peu mieux. Traitement : génésérine et bains carbo-gazeux.

Le 7-1-1936. Panaris du gros orteil, chute des deux ongles; ne semble pas amélioré. Traitement : acétylcholine.

Revu les 7-4-1937 et 1-10-1937.

Le 9-10-1937 va bien; vient d'être opéré des végétations, souffre d'otite.

Signes locaux : rien à signaler; caractère normal; quelques

ganglions; les ongles ont repoussé et sont remarquablement durs.

Mais : la T. A est de 14-11.

le pouls est à 120.

En résumé : acrodynie d'intensité moyenne, avec polyadénopathie, suivie pendant 22 mois; elle semble guérie, mais garde des *sequelles* très nettes : une T. A. à 14-11 et une tachycardie à 120.

OBSERVATION II

Rosette L... née le 22 avril 1932.

Vue pour la première fois en Septembre 1935.

Depuis le mois de Juillet elle a changé de caractère, devient coléreuse, irritable. Elle est pâle, l'appétit est très diminué et le poids reste stationnaire. Les paumes des mains sont moites.

Poids : 14 kg. Pouls : 120.

Le 7 octobre cuti-réaction négative.

Le 26 octobre, le poids reste à 14 kg.

Le 9 octobre 1937, l'enfant est toujours pâle, ne veut pas manger; elle se plaint de souffrir dans les jambes. Les mains sont froides, cyanosées, couvertes de sueurs. Le caractère est très triste, très irritable. Insomnie la nuit et somnolence le jour.

T. A. : maxima à 14.

Pouls : 108.

Poids : 16 kg. 500.

En résumé : acrodynie fruste. 27 mois après on est frappé par l'état dans lequel est encore l'enfant : gros troubles vaso-moteurs des extrémités et surtout : caractère mélancolique et déprimé, hypertension et tachycardie.

OBSERVATION III

Monique F., née le 24 octobre 1932.

Vue pour la 1^{re} fois le 24 juillet 1937.

Depuis 3 semaines elle se réveille le matin en se plaignant de ses mains; elle est devenue irritable. Elle boit beaucoup.

Examen : mains très moites, légèrement cyanosées, pas très froides.

Pouls : 110.

T. A. : 14-8.

Traitement : R. U. V. pendant 6 semaines.

Le 9-10-1937, améliorée : caractère beaucoup moins irritable; mains moites, légèrement cyanosées, souvent froides; pieds moites. Transpire beaucoup.

Pouls : 108.

T. A. : 15-10.

En résumé : acrodynie n'évoluant que depuis 4 mois; améliorée, mais non guérie.

OBSERVATION IV

Claude G., né le 15 octobre 1934.

Vu pour la première fois le 13 avril 1937.

La maladie a débuté en Août 1936 par des convulsions avec perte de connaissance et perte d'urine. Le lendemain il ne tenait plus debout, ne pouvait plus marcher; puis il est devenu grognon et a perdu l'appétit.

En octobre 1936, a été vu à l'Hôpital des Enfants Malades avec de la rougeur des mains, des pieds et des organes génitaux. Il présentait des douleurs, poussait des cris, avait du prurit et transpirait de la tête. Il avait été traité par la gènesérine, la génoscopolamine, les vitamines D, les R. U. V.

Actuellement va beaucoup mieux. Il a de la pigmentation des mains.

Pouls : 122.

T. A. : Maxima à 16.

Le 9-10-1937. Bel enfant. A grossi. Le nez redevient rouge parfois. Les mains sont encore rouges et froides. Il reste très capricieux et présente de violentes colères.

Pouls : 96 à 100.

T. A. : 12,5-7.

En résumé : acrodynie banale ayant débuté par une crise épileptiforme; après 15 mois d'évolution elle est améliorée, mais on ne saurait parler de guérison car il persiste des troubles cutanés des extrémités, des anomalies du caractère, des modifications du pouls et de la T. A.

OBSERVATION V

Colette E..., née le 24 mars 1930.

Vue pour la première fois en janvier 1934.

Elle vient de présenter une éruption de boutons soignée par l'auto-hémothérapie; pas d'amélioration. Dès ce moment elle présente de l'asthénie, refuse de jouer, reste volontiers au lit, devient grognon. La transpiration est abondante. Elle souffre de céphalées qui empêchent le sommeil. Par la suite apparaissent des douleurs dans les lombes et les jambes.

Examen : sudamina sur tout le tronc. Mains et pieds rouges avec orifices sudoripares dilatés. Desquamation. Au niveau des espaces interdigitaux et des dernières phalanges les orifices pileux sont marqués d'un point noir. L'enfant tient souvent ses pieds entre ses mains. Il semble y avoir des différences dans l'intensité et la rapidité du pouls.

Pouls : 80 à 120.

T. A. : 10-8.

Traitement : acéchole.

Le 3-8-1934 : semble aller mieux; joue mieux; caractère

moins grognon. Dort mal. Se frotte les mains comme si elle souffrait. Transpiration.

Poids : 15 kg.

Traitement : acéchéoline.

Le 10-4-1934 : les mains sont très améliorées. Sudaminas sur le tronc. Dans son lit l'enfant cherche à tenir ses pieds avec ses mains. Ne veut pas jouer.

Pouls : 112.

T. A. : 12,5-7.

Poids : 14 kg. 800.

Le 11-5-1934 : les sudaminas sont moins marqués. Souffre particulièrement à la chaleur; pour calmer ses douleurs elle essaye de mettre ses pieds dans la bouche. Bulles infectées aux pieds et aux mains.

Pouls : 104.

T. A. : 10-5.

Poids : 15 kg. 350.

Traitement : génésérine, vitadone.

Le 15-6-1934, amélioration.

Poids : 14 kg. 750.

Pouls : 104-120.

Traitement : génésérine, calcigénol.

Le 17-8-1934 : grande amélioration du psychisme, mais l'enfant reste encore nerveuse. Grincement des dents pendant le sommeil.

Poids : 16 kg. 300.

Pouls : 96.

Le 11-4-1935 : lettre de la mère : l'enfant va très bien.

Le 17-5-1935 : ne se plaint plus ni des mains ni des pieds, mais reste un peu hostile, grognon, pas vraiment méchante. Dort bien. Bon appétit. Ne transpire plus; prend moins souvent la position fœtale.

Poids : 22 kg. 600.

Traitement : génésérine.

En mai 1936 : a fait la rougeole et la varicelle.

Le 9-10-1937 : la maîtresse d'école remarque que l'enfant a l'air de toujours boudier, qu'elle est triste; tout semble l'ennuyer. Crises de rire et de pleurer. Cependant elle tra-

vaille bien (4^e de sa classe). Dort bien; à table elle se tient les talons sur les barreaux de la chaise, les genoux repliés.

T. A. : 14-10.

Pouls : 100.

Poids : 26 kg.

Taille : 1 m. 29.

En résumé : acrodynie suivie depuis 4 ans. Guérie après 18 mois d'évolution irrégulière. Le rôle que la rougeole et la varicelle ont pu jouer à ce moment reste imprécis. Cependant 2 ans 1/2 après sa guérison il persiste des *sequelles* : hypertension, tachycardie, psychisme remarquable par sa tendance à la dépression.

OBSERVATION VI.

Denise H..., née le 11 avril 1934.

Vue pour la première fois le 9 avril 1935.

Un mois auparavant après ingestion de vernis de poupée elle présente des vomissements pendant 4 jours et en même temps apparaissent des rougeurs sur les mains et le corps. Dès le 1^{er} jour la température est à 38°5 et se maintient pendant les 4 jours avec un maximum de 39°6; la nuit elle hurle et on devait la porter tout le temps sur les bras.

Pouls : 120.

T. A. : maxima à 13.

Poids : 7 kg. 850.

Le 13 avril 1935 : la nuit elle se réveille, crie, geint; dans la journée elle est insupportable; elle mange mieux. Il y a amélioration de l'état des pieds.

Poids : 8 kg. 330.

Le 30-4-1935 : même état psychique; l'amélioration des mains et des pieds persiste.

Poids : 8 kg. 700.

Le 7-6-1935 : la nuit elle se réveille et crie, mais se rendort.

assez vite; elle se tient difficilement debout. Réflexes rotuliens et achilléens normaux.

Poids : 9 kg. 200.

Le 4-10-1935 : mains gonflées, infiltrées, tachetées de rouge; elle ne transpire pas beaucoup. Elle a actuellement 12 dents. Toux quinteuse et coqueluchoïde.

Pouls : 110.

Poids : 10 kg. 450.

Le 8-10-1935 : va bien. Mains un peu gonflées. Poids stationnaire.

Le 22-11-1935 : démarche dandinante, pieds écartés.

Poids : 10 kg. 500.

Le 23-11-1935 : Radiographie : luxation congénitale de la hanche gauche.

Le 1-6-1937 : Pieds gonflés et froids, mains rouges.

Poids : 14 kg. 750.

Pouls : 128.

T. A. : 11,5-6.

Traitement : cure de soleil, génésérine.

Le 12-10-1937 : a eu la coqueluche en Juillet. Mains rouges.

Pouls : 120.

Poids : 14 kg.

T. A. : maxima à 11.

A signaler qu'une petite amie qui jouait avec elle a contracté l'acrodynie.

En résumé : début par épisode fébrile et vomissements pendant 4 jours. Acrodynie assez fruste à évolution irrégulière, coqueluche. 26 mois après le début malade encore en pleine évolution. 30 mois après le début elle semble guérie, mais conserve des *séquelles légères* : troubles vaso-moteurs, tachycardie et légère hypertension.

OBSERVATION VII

Serge N..., né le 24-12-1931.

Vu pour la première fois le 25-5-1935.

Depuis 8 jours mange peu ou pas, est févreux (38°-39°). Depuis plusieurs mois est grognon. Son poids est stationnaire (13 kg. 300). Il est triste, indifférent, méchant avec sa petite sœur; reste volontiers seul. Si on le force à manger, il fait des efforts pour vomir; a très soif : boit presque 2 litres de lait par jour. Urine normalement.

Depuis 8 jours se plaint de ses jambes, se couche spontanément, refuse de jouer. Dort bien.

Examen : mains moites, un peu gonflées, pas très rouges; pieds courts et épais se refroidissant vite. Amygdales assez grosses et angine.

Pouls : 116.

T. A. : 12-8.

Traitement : gènesérine, Uvé.

Le 4 juin 1935 : il arrache ses ongles depuis quelques jours, recherche la solitude, pleure jusqu'à 2 heures du matin.

Mange avec bon appétit. Température inversée.

Poids : 13 kg. 820.

Même traitement.

Le 18 juin : continuer le traitement; dès qu'on supprime l'Uvé, l'appétit tombe.

Le 18 juillet, poids : 14 kg. 200.

Traitement : gènesérine LX gouttes, iodarsénic X gouttes.

Le 10 septembre : cuti négative.

Traitement iodarsénic et phosphates.

Le 28 février 1936.

Poids : 14 kg. 600.

Traitement : R. U. V.

Le 6 octobre 1936 : mains et pieds rouges et moites; il mouille ses chaussettes. Meilleur caractère; mange mieux; assez frileux. Avait été amélioré par les R. U. V. La mère a redonné XX gouttes de gènesérine à cause de palpitations, bon effet.

Pouls : 96.

T. A. : 13,5-6.

Poids : 16 kg.

Traitement : LX gouttes de gènesérine.

Le 19 janvier 1937 : mains moites, à peine rouges. Pieds bouffis, froids, bleutés. Amélioration du caractère. Soif toujours intense. Pas d'éruption cutanée.

Pouls : 96.

T. A. : 11,5-8.

Traitement : R. U. V., bains carbo-gazeux.

Le 23 mars redevient triste et grognon.

Poids : 16 kg. 500.

A eu 12 séances de R. U. V.; traitement : gènesérine.

Le 3 mai 1937 : a toujours les mains humides et les pieds mouillés. N'est plus si triste. Ne mange plus ses ongles. Souvent rougeur à la figure.

Le 16 juillet : placards d'ecthyma à la face postérieure de la cuisse. Adénite inguinale. Mains froides. Bon caractère, mais crie encore la nuit.

Poids : 16 kg. 800.

Le 13 octobre : de temps en temps épistaxis, défaillances.

Le 19 octobre : en ce moment, pleure souvent. Epistaxis trois jours de suite au réveil. Mains et pieds mouillés.

Pouls : 100.

T. A. : 14-10.

Poids : 17 kg. 300 (au lieu de 20).

Le 27 novembre 1937 : a eu mal au ventre après les repas; diarrhée verdâtre. Plutôt gai. Mains et pieds encore un peu rouges et suintants. Ongles en bon état.

Pouls : 92.

Poids : 17 kg. 500.

Vient de prendre de la levure de bière (vitamine B 6).

Traitement : charbon.

En résumé : début par épisode fébrile. Acrodynie de forme moyenne, à évolution très irrégulière, suivie pendant 33 mois; ne semble pas guérie complètement : caractère triste, mains et pieds mouillés, hypertension.

OBSERVATION VIII

Nicole G..., née le 29 juin 1930.

Vue pour la première fois le 4 octobre 1935. Depuis 18 mois environ n'est jamais bien. Depuis 2 mois devient plus taciturne, reste seule sans jouer, repousse ses sœurs et pleure si elles veulent l'entraîner à jouer. Les extrémités sont souvent moites. Elle n'a plus pris de poids depuis un an, a des poussées de fièvre, des céphalées fréquentes. Elle est constipée, a de l'anorexie, mais boit beaucoup.

Examen : pieds et mains roses, froids, moites.

Pouls : 104.

T. A. : 10,5-6.

Traitement : bains carbo-gazeux. 15 séances de rayon U. V.

Le 20 décembre 1935 : amélioration. Elle est devenue très gaie, joue, chante, reprend du poids.

Le 2 octobre 1936 : après 6 séances de R. U. V. l'appétit est revenu, l'enfant qui était redevenue triste, l'est moins. Les mains sont encore un peu humides et rouges.

Pouls : 108.

T. A. : 10,5-7.

Traitement : Rayons U. V.

Convoquée le 16-10, perdue de vue.

En résumé : acrodynie améliorée au bout de 14 mois, puis perdue de vue.

OBSERVATION IX

Liliane L..., née le 23-2-1933.

Vue pour la première fois le 27 août 1935.

Aurait eu il y a six mois de la *catatonie oculaire et de la torpeur* pendant deux mois.

Il y a trois mois a eu un catarrhe oculo-nasal et une angine.

Depuis deux mois est devenue maussade et la mère avait

remarqué qu'elle avait les mains et les pieds rouges et froids.

Elle a maigri de 1 kg. malgré que l'appétit soit conservé et que le sommeil soit bon; elle transpire nuit et jour et boit beaucoup. Elle a eu très souvent mal aux dents. Elle ne veut plus qu'on la touche, reste seule dans un coin, la tête penchée et se frottant les mains et les pieds.

A l'examen, l'enfant est triste, crie dès qu'on la touche: les mains et les pieds sont rouges, froids, moites, avec de petites traces de sudamina.

Poids : 11 kg. 250.

Traitement : génésérine et rayons U. V.

Le 16 octobre 1935 : a perdu les canines supérieures et la première molaire inférieure droite. Garde nuit et jour des attitudes typiques. Mange moins bien. Mains et pieds rouges.

Pouls : 120.

T. A. : 12,5-7,5.

Poids : 11 kg.

Le 23-5-1936 : la transpiration a diminué; les pieds et les mains sont rouges, gonflés, froids; aux membres inférieurs la rougeur s'étend depuis le pied jusqu'au dessus du genou. Les 24 séances de rayons U. V. n'ont pas amené d'amélioration notable; cependant, elle commence à jouer, tout en restant très sauvage. Se réveille deux fois la nuit, mais ne demande plus à boire. Elle appuie ses mains sur le ventre et se frotte les pieds l'un contre l'autre. Elle a perdu 6 dents.

Poids : 11 kg. 500.

T. A. : maxima à 15.

Pouls : 132.

Le 2 juin 1936 : a été traitée par la génésérine (CXX gouttes en 3 fois). Rit un peu plus mais souffre toujours; pieds et mains rouges et couverts de sueur.

Le 30 juin 1936 : va mieux, mais l'éruption reste importante.

Pouls : 130.

T. A. : 12-5.

Le 30 juillet : a reçu 3 injections de sang paternel; elle serait plus gentille, elle dort mieux, mais se réveille plu-

sieurs fois; mange bien; transpire beaucoup moins. A la maison, les pieds ne sont pas froids et les mains sont moins rouges; à l'examen, ils sont cependant encore froids et rouges et l'éruption est encore importante.

Pouls : 132.

T. A. : 12-5.

Poids : 11 kg. 200.

Le 24 novembre 1936 : les pieds et les mains sont plus chauds; l'enfant joue et dort bien; elle a peu d'appétit. L'incisive supérieure latérale gauche est presque complètement déchaussée; la transpiration est maximum au niveau du dos avec des érosions de la peau au bas du dos et aux fesses.

Pouls : 116.

Poids : 11 kg. 150.

Les rayons U. V. et la génésérine n'ont pas eu beaucoup d'action. Reprendre les injection de sang paternel.

Le 29 décembre 1936 : Mains et pieds rouges et froids, sans desquamation; l'enfant permet qu'on la touche; elle dort bien la nuit, mais ne mange pas bien. Elle a perdu une dent.

Poids : 10 kg. 950.

Pouls : 120.

Elle a reçu 9 injections de sang paternel; c'est au dire de la mère le traitement qui lui réussit le mieux.

Le 28 janvier 1937 : les bains carbo-gazeux auraient provoqué une forte réaction.

Le 13 octobre 1937 : guérison brusque en Juin 1937, l'enfant n'est plus triste, joue bien, ne transpire plus, les mains et les pieds sont chauds.

Pouls : 80.

T. A. : maxima à 8.

Poids : 13 kg. 300.

En résumé : début par angine et troubles du caractère précédé 1 mois auparavant de catatonie oculaire pendant 2 mois. Acrodynie intense avec perte de dents, guérie brusquement après 22 mois d'évolution. 1 mois après, la guérison se maintient sans séquelles.

OBSERVATION X

Maurice C..., né en Septembre 1934.

Vu pour la première fois le 9-1-1937.

En Novembre 1936, épisode pulmonaire qualifié bronchite avec température à 39°-40°. En décembre : un rhume. Depuis lors, l'enfant est devenu grognon, hostile, ne veut voir personne, il crie quand on le regarde ou quand on fait mine de le toucher. Il ne joue plus, reste immobile dans un coin toute la journée, ne veut plus marcher ni se laisser habiller. Il se plaint toute la nuit, crache autour de lui. Depuis quelque temps, il se ronge les ongles, mord ses doigts, s'arrache les cheveux. A peu près à la même date, la mère s'est aperçue que les pieds et les mains étaient rouges, froids, moites.

Examen : a arraché tous ses cheveux; amaigrissement de 2 kg. en trois mois.

Pouls : 130-150.

Poids : 10 kg. 600.

Traitement : salicylate, Kaneuron, bains carbo-gazeux.

Le 9 février 1937 : il a toujours soif, a un peu de stomatite. met ses mains dans sa bouche. Oreilles enflées; appétit conservé.

Pouls : 144.

Poids : 10 kg. 700.

Traitement : Rayons U. V. Génésérine.

Le 22 mars : très bon état; ne se plaint plus; joue très bien; pas d'anorexie. Mains et pieds en bon état.

Poids : 10 kg. 800.

Le 6 avril 1937 : mains et pieds encore un peu rouges et moites.

Poids : 11 kg.

Pouls : 80.

Le 13-10-1937 : vu à domicile après 5 mois passés à la campagne semble complètement guéri.

Le 27-10-1937 : il y a deux jours a eu 38° de température, a foussé et vomé. Depuis il a de nouveau des mains moites

et transpire beaucoup. Anorexie.

Pouls : 112.

T. A. : 13-8.

Poids : 13 kg. 200.

Le 27-11-1937 : mains moites. Très énervé par les rayons U. V.

Pouls : 128.

T. A. : 14-8.

Poids : 15 kg.

En résumé : début par coryza et bronchite. Acrody-nie banale avec troubles du caractère assez importants au début, rapidement améliorés. Nette amélioration au bout de 6 mois, puis reprise de l'évolution après un nouvel épisode fébrile; 12 mois après le début la maladie est en pleine évolution.

OBSERVATION XI

Mireille P..., née le 9-2-1933.

Vue pour la première fois le 6-1-1934. Alimentation au sein mal réglée; vomit ses bouillies; ne pèse que 6 kg. 670. D'autre part, desquamation au niveau des membres. Rougeur et œdème des pieds; modification du caractère.

Le 13-1-1934 : poids : 7 kg. 020.

Le 20-1-1934 : depuis 15 jours desquamation des membres supérieurs et du thorax. Rien sur les jambes. Pieds et mains gonflés et rouges, surtout les pieds. Refuse à nouveau de prendre ses bouillies. Poids : 6 kg. 850.

Le 26-1-1934 : ne vomit plus, n'a pas de fièvre. Mains et pieds toujours gonflés et violacés; le gonflement prédomine sur l'avant-pied et au niveau de la tête des métacarpiens.

Le 12-4-1935 : semble avoir évolué jusqu'ici (un an et 6 mois) d'une façon fruste avec des alternatives d'amélioration et de rechute. Actuellement, pieds et mains rouges; plus de troubles du caractère; mais insomnie. Anorexie.

Pouls : 110.

T. A. : maxima à 11.

Poids : 10 kg. 750.

Le 14-5-1935 : reprise plus intense que les précédentes : mains rouges et bouffies, doigts indurés et écartés, gonflement prédominant à la phalange. Pieds rouges, violacés, gonflés avec gonflement prédominant aux orteils et à la partie antérieure de la plante des pieds. Transpiration très abondante. Troubles du caractère : pleurniche, grognon, maussade. Anorexie très marquée. Soif très intense.

Pouls : 130.

T. A. : 13,5-9.

Poids : 10 kg. 600.

La générésine aurait énervé l'enfant.

Le 24-5-1935 : polydipsie très marquée. Le caractère se-
rait en voie d'amélioration.

Poids : 10 kg. 800.

Pouls : 144.

T. A. : 13-6.

Traitement : arrêt de la générésine; vitaminol.

Le 28-5-1935 : état stationnaire, mais fléchit un peu sur le pied droit. Réflexes normaux.

Poids : 10 kg. 750.

Traitement : bains carbo-gazeux, iodarsénic.

Le 3-3-1936 : (deux ans et trois mois après le début) l'affection semble toujours en évolution : pieds violacés, froids, surtout à gauche. Mains rouges. Transpiration très marquée surtout à la plante des pieds et paume des mains. Caractère amélioré. Dort bien. Polydipsie persiste. Signe de Chvostek.

Pouls : 116.

T. A. : 11,5-5.

Poids : 12 kg. 100.

Le 21-1-1937 : va mieux, mais peu d'appétit.

Le 2-2-1937 : amélioration actuelle du caractère, mais soif intense; les extrémités sont froides et violacées.

Poids : 13 kg. 300.

Traitement : R. U. V. et XV gouttes d'Uvé.

Le 13-10-1937 : amélioration du caractère.

Le 15-11-1937 : demande souvent à boire. Mains très rouges et suintantes. Pieds toujours froids. Moins triste et moins nerveuse.

Poids : 14 kg. 400.

Pouls : 140.

T. A. : maxima à 9.

Traitement : ondes courtes.

En résumé : acrodynie à symptomatologie fruste, suivie depuis 3 ans et 11 mois sans qu'on puisse parler de guérison.

OBSERVATION XII

Denise D..., née le 14 février 1935.

Vue pour la première fois le 3 mars 1934. Depuis 4 mois les mains et les pieds sont rouges et oedématisés, alternativement très froids et très chauds; avec du prurit. Au début de Février a fait la varicelle. A été traitée à Bretonneau par : Rayons U. V., diathermie, bains carbo-gazeux et acéchole.

Examen : mains tuméfiées, oedématisées, doigts boudinés, uniformément rouges et chauds. Pieds moins tuméfiés mais rouges surtout à la plante; constamment froids. Le caractère est très modifié : tantôt somnolence, apathie, indifférence, repoussant le biberon; tantôt agacée, méchante, pleurant facilement. Prend des attitudes spéciales pour dormir. Sueurs abondantes. Mange très peu, a maigri de 3 livres).

Pouls : 150.

T. A. : maxima à 16.

Traitement : bains carbo-gazeux, phosoforme, génésérine, acéchole, diathermie.

Le 12 avril 1935 : pieds et mains gonflés et rouges. Taches érythémateuses, prurigineuses sur les genoux. Les troubles du caractère ne sont pas améliorés. Constipation. Anorexie.

Pouls : 80.

T. A. : maxima à 9.

Poids : 9 kg. 850.

Le 26 mai 1936 : n'a pas eu de traitement depuis un an. Elle ne parle pas, s'agite la nuit; n'est plus triste, mais boit tout le temps. Les mains et les pieds sont un peu rouges et moites.

Pouls : 112.

T. A. : 10,5-5.

Poids : 11 kg. 100.

Le 1-12-1936 : va mieux, transpire moins, n'a plus de douleurs.

T. A. : 11,5-7.

Pouls : 108.

Le 27-4-1937 : a toujours soif. Inappétence. Petites colères. Mains encore un peu rouges.

T. A. : maxima à 9,5.

Pouls : 100.

Poids : 13 kg.

Le 21-5-1937.

Poids : 13 kg.

T. A. : 14-9.

Le 3-11-1937 : mains normales; pas d'appétit. Caractère gai.

T. A. : 10-7.

Poids : 13 kg. 900.

En résumé : acrodynie moyenne avec varicelle dans les premiers mois. Evolution irrégulière. 3 ans et 4 mois après le début la malade présente encore des modifications des mains et des pieds, des troubles du caractère et de l'hypertension. Revue 3 ans et 10 mois après le début, semble guérie, mais son poids est nettement inférieur à la normale.

OBSERVATION XIII

René D..., né en Août 1936 (frère de Denise D..., Observation XII).

Vu pour la première fois le 27-4-1937. Mains rouges et froides. Sudaminas. Très nerveux. Sa sœur en ce moment est en pleine évolution d'acrodynie.

Pouls : 132.

Le 21-5-1937 : mains froides par moments et gonflées. Insomnie. Crie tout le temps et geint. Anorexie. Mauvais état général.

Examen : mains froides, tuméfiées, doigts boudinés, peau de la face dorsale épaissie. Pieds froids, non tuméfiés. Alternance de périodes d'abattement et d'indifférence et de période d'excitation. Amaigrissement de 1 kg. 150. Grosse anorexie. Sueurs abondantes.

Pouls : 102.

Poids : 6 kg. 350.

Le 25-5-1937 : mains glacées, transpiration. Se tire les cheveux, se tape la tête contre le mur.

Le 29-5-1937.

Poids : 7 kg. 320.

Le 2-6-1937 : mains rouges et pieds froids.

Poids : 7 kg. 370.

Le 17-7-1937 : grosse amélioration. Les mains ne sont pas froides, mais sont encore un peu rouges. A pris LX gouttes par jour de génésérine et XX de kaneuron. A reçu des R. U. V.

T. A. : maxima semble être à 8.

Poids : 8 kg.

Le 3-11-1937 : mange bien, gai, ce qui lui fait du bien ce sont les rayons et la génésérine.

En résumé : acrodynie familiale. Semble guérie après 7 mois d'évolution.

OBSERVATION XIV

Edmond G..., né le 19 avril 1932.

Vu pour la première fois le 2-6-1936. Début en Janvier 1936 par epistaxis et apparition de ptyalisme. Puis l'enfant a changé de caractère d'une façon assez brutale et en même temps a fait de la température le soir. Il y a 15 jours : exanthème localisé à la face et au thorax et température à 38°4 le matin, 38°8 le soir. Le changement de caractère est surtout net à partir de 4 heures de l'après-midi. L'enfant s'isole, ne veut plus jouer, pleure pour un rien. La nuit il est très agité, se réveille en sursaut 3 à 4 fois et se met à pleurer. Il crache autour de lui et s'arrache les cheveux. Soif intense. Anorexie.

Examen : oreilles rouges, extrémités moites, rouges et douloureuses.

T. A. : maxima à 12.

Poids : 17 kg. 200.

Le 6-10-1936 : état stationnaire. Subfébrile le soir : 37°5. Pas de changement de caractère.

Janvier 1937 : oreilles normales, mais qui, paraît-il sont encore rouges tous les soirs; pas douloureuses. Epistaxis fréquentes. Boit moins. Extrémités des doigts et des mains et des pieds un peu rouges, légère dyshydrose.

Pouls : 136.

T. A. : 12-8.

Poids : 18 kg. 600.

Le 27-4-1937 : pas d'amélioration. Soif intense, agité la nuit; troubles du caractère marqués. De plus, paralysie du moteur oculaire externe droit.

Pouls : 104.

Poids : 19 kg. 118.

Le 12-6-1937 : épistaxis il y a 3 semaines. Refuse sa nourriture. Demande sans cesse à boire, même la nuit. Recom-mence à être triste, à pleurer sans raison. Température persiste à 37°5, 37°8.

Pouls à 100.

T. A. : 11-6.

Le 4-12-1937 : caractère redevenu gai. Se réveille deux à

trois fois la nuit et demande à boire. S'arrache les cheveux.

Pouls : 100.

Poids : 20 kg. 100.

En résumé : acrodynie fébrile; épistaxis à plusieurs reprises; paralysie du moteur oculaire externe au cours de l'évolution. 18 mois après le début l'affection est encore en pleine évolution.

OBSERVATION XV

Marie P..., née le 22 août 1932.

Vue pour la première fois le 30 décembre 1933. Depuis 2 jours : gonflement des mains et des pieds; semble souffrir; ne dort plus.

Le 2 décembre 1934 : mains et pieds toujours gonflés, moins rouges; marche un peu, mais s'arrête immédiatement.

Le 26-5-1936.

Poids : 13 kg. 500.

Pouls : 100.

Dents et cheveux en bon état. Caractère : joue, est gaie.

Le 13-10-1937 : l'enfant semble avoir été guérie peu de temps après sa dernière visite, sans avoir suivi aucun traitement.

En résumé : acrodynie fruste; semble avoir évolué pendant un peu plus de 12 mois. Revue 4 ans après son début, la guérison se maintient.

OBSERVATION XVI

Guy L..., né le 19-12-1932.

Vu pour la première fois en Août 1936 : Dans la deuxième quinzaine de Mai, l'enfant commence à se plaindre de fai-

blesse dans les jambes; il se fait porter; la faiblesse s'accroît progressivement et l'état général s'altère : anorexie, amaigrissement. A Tunis, on fait le diagnostic de paralysie diphthérique.

Depuis 17 jours, l'enfant garde le lit; une constipation opiniâtre s'installe. Il y a un changement notoire de caractère : grognon, surtout le matin. Grosses difficultés à uriner depuis 1 mois.

Examen : force musculaire conservée; mouvements volontaires sont tous possibles. Réflexes achilléens semblent exister, les rotuliens semblent abolis.

Les extrémités sont froides, cyanosées, surtout aux membres supérieurs.

T. A. : maxima à 13.

Pouls : 156.

Le 10 décembre 1937 : Lettre de la mère qui assure que maintenant son enfant est aussi normal que les autres enfants.

En résumé : acrodynie fruste, mais à forme pseudo paraplégique, ayant complètement guéri en moins de 12 mois.

OBSERVATION XVII

Jacqueline S..., née le 13 février 1933.

Vue pour la première fois le 27-5-1935. Depuis 15 jours l'enfant change de caractère; transpiration des pieds; mains glacées; yeux rouges et larmoyants; ne mange plus, ne boit plus que des biberons.

Poids : 11 kg. 600.

Le 10-7-1936 : a été hospitalisée 3 semaines en Mai 1935 pour rougeole. Etait mieux à sa sortie, depuis va bien.

Le 13-10-1937 : l'acrodynie semble guérie, mais l'enfant ne prend pas de poids. Intestins délicats.

Le 4-12-1937 : n'arrache plus ses cheveux. Caractère gai.

Mange et dort bien. N'a pas froid aux mains qui sont cependant légèrement violacées, peu humides et ne semblent plus douloureuses.

Pouls : 110.

T. A. : maxima à 15,5.

Poids : 17 kg. 400.

En résumé : acrodynie fruste. Semble avoir guéri en 2 mois environ. 2 ans 1/2 après le début garde comme *séquelles* de la tachycardie et de l'hypertension.

OBSERVATION XVIII

Arlette B..., née en Octobre 1934.

Vue pour la première fois en Mars 1936. Début il y a deux mois par des sueurs très importantes. Ne veut plus marcher; veut rester tout le temps couchée ou dans un coin recroquevillée, les pieds dans ses mains ou les bras devant les yeux. Très grognon; ne sourit jamais. Dort dans la journée, mais se réveille et s'agite la nuit. Demande très souvent à boire. Ne veut pas qu'on la touche. On a trouvé une dent dans son lit.

Examen : mains violacées, boudinées; pieds très moites; mouille constamment ses chaussettes. Erosions aux pieds et aux mains, sudamina sur le thorax.

Pouls : 140.

T. A. : 10-6.

Traitement : génésérine.

A été perdue de vue.

OBSERVATION XIX

Robert B..., né en 1923.

Vu pour la première fois le 26-7-1935. Devenu friste, ne joue plus et ne remue plus depuis plusieurs mois.

Examen : mains roses et moites; pieds froids et moites; desquamation.

Pouls : 110.

Poids : 24 kg. 900.

T. A. : 12-8.

Température : 38°2.

Traitement : gènesérine.

Le 28-9-1935 : desquamation des pieds et des mains. Température à 38°. Très grosse rate. Micropolyadénopathie inguinale droite.

En Mai 1936 : part au sanatorium, semble complètement guéri de son acrodynie.

Le 23-9-1937 : caractère redevenu gai, va très bien.

En résumé : acrodynie fruste et fébrile. Semble avoir guéri en une douzaine de mois.

OBSERVATION XX

(a été publiée in extenso dans la thèse de HANAUT. Il s'agit d'un enfant vu à la consultation du Dr Robert CLÉMENT et qui a ensuite été hospitalisé).

Emile F..., né en Décembre 1934.

Vu pour la première le 2 juin 1936. Insomnie, anorexie, troubles du caractère, fatigue.

Le 12 juin : l'anorexie est complète, l'insomnie est rebelle, l'asthénie est marquée. Sueurs profuses. Erythème morbiliforme. Extrémités typiques.

Pouls : 120.

T. A. : maxima à 14,5.

Le 16 juin : hospitalisé, état fébrile, épaissement du rebord alvéolaire derrière les incisives antérieures.

18 juin : otite droite.

22 juin : la température est redevenue normale. Amélioration nette des signes d'acrodynie. Le poids a augmenté de 450 gr. en 4 jours. Bon état général.

Le 23 juin : brusquement température à 40°5 et mort en 10 minutes.

CONCLUSIONS

I. Il est classique de dire que dans la majorité des cas l'acrodynie infantile évolue vers la guérison. Pour la plupart des auteurs celle-ci se ferait en 1 à 6 mois et sans séquelles.

II. L'étude des observations recueillies à la consultation de TROUSSEAU et minutieusement suivies pendant des années nous amène à croire que l'évolution de l'acrodynie infantile est bien souvent plus longue et plus sévère qu'il ne ressort des travaux publiés jusqu'ici.

1) En effet la persistance prolongée des accidents est fréquente. Dans 14 cas sur 20 observés, c'est-à-dire dans 70 % des cas, l'évolution s'est prolongée plus d'une année, pour atteindre dans quelques cas 3 et 4 ans. Certains présentent encore des signes évolutifs.

2) Toutes ces observations se rapportant à des formes moyennes ou frustes, rien ne pouvait permettre ni au début ni au cours de l'évolution de prévoir une si longue durée.

3) L'évolution continue prolongée est rare. Ce qui est de beaucoup le plus fréquent ce sont les poussées

évolutives répétées, séparées par des périodes de rémission. Celles-ci peuvent être si complètes qu'elles peuvent faire croire à la guérison. La persistance de l'hypertension et de la tachycardie et la stagnation de la courbe du poids doivent faire craindre une nouvelle poussée évolutive.

4) Elles doivent aussi faire redouter la mort subite qui peut se produire alors que l'enfant semblait en voie de guérison; elle peut se produire même dans les formes les plus banales de l'acrodynie; un de nos jeunes malades atteint d'une forme moyenne d'acrodynie et en voie d'amélioration est mort subitement.

5) Il est prudent de n'admettre la guérison qu'après disparition de tous les symptômes de l'acrodynie, notamment de l'altération de l'état général (poids, appétit), des troubles du caractère et tout particulièrement de l'hypertension artérielle et de la tachycardie.

6) La persistance chez des enfants apparemment guéris depuis des mois ou des années d'une tachycardie, d'une hypertension avec érétisme cardiaque ou de troubles du caractère (tendance anormale à la tristesse) qui n'existaient pas auparavant autorisent à parler de séquelles. Ces séquelles, si on les recherche, ne paraissent pas exceptionnelles. 4 de nos enfants guéris présentent des séquelles manifestes. On peut se demander si certaines tachycardies et certaines hypertensions artérielles, certains états d'émotivité dit constitutionnels, certaines anomalies du caractère, certaines perversions psychiques observées chez l'adoles-

cént ou chez l'adulte ne sont pas des séquelles d'une acrodynie fruste ou méconnus.

7) L'impossibilité de fixer une date limite à l'évolution de l'acrodynie infantile, même dans ses formes légères ou frustes, le danger de la mort subite, l'inconstance de nos thérapeutiques, l'éventualité des séquelles définitives obligent à faire de grandes réserves sur le pronostic de cette redoutable affection.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

CARNOT.

Vu : *Le Doyen*

M. TIFFENEAU.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris.

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT et LICHTENBERG. — Acrodynie fruste. *Bul. soc. pédiat.* Paris, Fév. 1933.
- ARTONI. — Acrodynie infantile. *Giorn. ital. di derm. e sif.*, Fév. 1932.
- AUSSEDAT. — *Thèse de Lyon*, 1934-1935.
- BAIZE. — Acrodynie Infantile. *Le concours Médic.*, 15 mars 1936.
- BARRE. — L'acrodynie infantile dans la région avignonnaise. *Cahiers de Prat. méd. chir.*, n° 4, juillet-août 1934 et nov. 1935.
- BELLOCQ et MEYER. — Etude clinique et anatomo-clinique et pathologique d'une forme grave d'acrodynie. *Rev. Franc. de Péd.*, n° 14, 1932.
- BERNHEIM, BRETON et LEFÈVRE. — 2 observ. d'acrod. fruste à forme douloureuse. *Pédiatrie*, 1^{er} janv. 1935.
- BEUTTER. — Deux cas d'acrodynie infantile. *Soc. de Péd.*, 21 déc. 1926.
- Acrodynie infantile dans la région stéphanoise. *La Médecine*, août 1935.
- BEUTTER, JANET, PIERROT, NOBECOURT et PICHON. — Acrodynie. *Soc. de Péd.*, 21 déc. 1926.
- BEZY. — L'acrod. paroxystique de l'enfance. *Ann. de derm. et de syph.*, Juillet 1928.
- BINET. — Un cas d'acrod. inf. *Soc. de Péd.*, déc. 1929. Acrod. et météorologie. *Congr. de Péd.*, Bordeaux, 1936.
- BILDERBACK. — A group of cases of unknown étiologie and diagnosis. *Northwest Méd.*, 1920 et *Northwest Méd.*, 1931.
- BLECHMANN. — 2 cas d'acrod. inf. dans la même famille. *Bull. Soc. Péd. Paris*, mars 1933.

- BLECHMANN et Mlle LECOMTE. — Acrod. familiale, 3^e enfant atteint. *Rev. Franç. Péd.*, n° 12, 1936.
- BOGAERT, KOUMANS et SWEERTS. — Sur l'acrod. de l'enfant et de l'adulte. *Rev. Franc. de Péd.*, fév. 1928.
- BOISSERIE-LACROIX. — Acrod. récidivante, 3^e récidence. *Soc. de Méd. Inf. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, Juin 1936.
- BOUCOMONT. — Recherches sur l'acrod. d'après 49 observations. *Montpellier Médical*, Juin 1936.
- BOUQUET. — A propos de l'acrod. *Le Monde Médical*, 15 mai 1934.
- BRETON et LEFÈVRE. — 5 cas d'acrod. infant. *Echo Médic. du Nord*, 7 oct. 1934.
- CADENAULE. — cas d'acrod. famil. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 30 oct. 1936.
- Acrodyn. après varicelle. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 30 oct. 1936.
- CAPIAU. — L'acrod. inf. à forme gangréneuse. *Le Scalpel*, sept. 1935.
- CASSOUTE et MONTUS. — 2 observations récentes d'acrod. inf. dont une grave, avec nécrose du maxillaire. *Marseille Médic.*, 5 avril 1935.
- CAVERIBERE (Mlle). — Thèse Montpellier, 1934-1935.
- CHAVANY. — *Presse Médic.*, 26 nov. 1932.
- CHABRUN et HALLIER. — Acrod. inf. sévère avec mutilations digitales. Chute des dents et prolapsus rectal. *Bul. Soc. de Péd.*, 19 mars 1935.
- CLÉMENT (Robert). — Discussion. *Bul. Soc. Péd.*, Juin 1934.
- Formes atypiques de l'acrod. *Presse Méd.*, 16 oct. 1935.
- COBB. — *Am. J. of diseases of child*, 1076-1096. Nov. 1933.
- COMBY. — L'érythrœdème australien. *Arch. de Méd. inf.*, Nov. 1922.
- Erythrœdème des nourrissons. *Arch. de Méd. inf.*, fév. 1926.
- COSMI (DE). — *Thèse de Paris*, 1930.
- CRAWFORDS. — 11 cas d'acrod. inf. *Arch. of dermat. and syph.*, 26 août 1932.
- DEBRÉ, Mlle HEBERT et GARDINIER. — Acrodynie avec adénomégalias multiples. *Soc. de Péd. de Paris*, déc. 1928.

- DEBRÉ et CLÉRET. — Acrod. inf. à forme mutilante. Récidive après 7 ans. Séquelles psychiques et vaso-motrices. *Soc. de Péd., Paris*, mai 1932.
- DEBRÉ et DE COSMI. — Les formes cliniques de l'acrod. inf. *Le monde Médical*, 15 janv. 1930.
- DEBRÉ, JULIEN MARIE et MESSIMY. — Forme quadriplégique de l'acrod. *Bul. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 2 juillet 1934.
- DEBRÉ et Mlle PETOT. — Syndrome de Morvan et troubles nerveux divers chez un enfant de 4 ans. *Soc. de Péd., Paris*, oct. 1924.
- Les liens de l'acrod. inf. avec celle de l'adulte, l'ergotisme, l'arsenicisme et la pellagrè. *Presse méd.*, 16 juin 1927.
- DEVIC, DURI et DAUJAT. — Sur des cas d'acrod. survenues dans la région lyonnaise. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 30 oct. 1928 et *Lyon Méd.*, 17 fév. 1929.
- DESSERT, GAND et TESSIER. — 5 cas d'acrod. *Le Centre Méd.*, mars 1933 et *Le Monde Méd.*, nov. 1933.
- DUCUING. — Hématémèse mortelle dans l'acrod. *Soc. Méd. chir. des Hôp. libres*, 1936.
- DUHEM et HUAUT. — Sur divers cas d'acrod. inf. et leur traitement. *Bul. Soc. de Péd., Paris*, nov. 1934.
- DUPONT. — *Thèse de Paris*, 1935.
- DICKSON. — The medical, *Journal of Australia*, 4 juillet 1931.
- ESBACH. — Acrod. inf. *Arch. Méd. chir. de Prov.*, mars 1935.
- EXCHAQUET. — 1 cas d'acrod. avec perte des dents et ostéomyélite du maxil. infer. *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 23 juillet 1930.
- FEER. — Ein unbekanntes Krankheitsbildt. *Schwer. Med. Woschen*, 1922.
- Ein eigenartige Neurose des vegetativen Systems beim Kleinkinde. *Jahr. für. Kinder*, 1925.
- Die vegetative Neurose des Kleinkindes. *Foerstr. d. Méd.*, Juin 1928.
- FRANCIONI et VIGI. — Ancora su di un caso di eritroedema (acrodinia). Rilievi clinici ed istopatologici. *Bul. Soc. Scienze méd.*, vol. V, Janv.-fév. 1928.
- FROUIN (Mlle). — *Thèse de Bordeaux*, 1928.

- GAREAU. — 26 cas d'acrod. inf. *Canadian M. M.*, nov. 1934.
- GAROT. — Un cas d'acrod. inf. chez un enfant hérédo-syphilitique. *La Pédiatrie*, 15 août 1935.
- GAUDIN. — *Thèse de Paris*, 1937.
- GEISSENGER. — *Colorado médical*, oct. 1932.
- GIRAUD et ROUQUET. — Acrod. à évolution mortelle chez un enfant de 12 ans. *Bull. Soc. Péd., Paris*, oct. 1934.
- HANAUT. — *Thèse de Paris*, 1937.
- HAUSHALTER. — Sur un syndrome particulier constitué chez l'enfant par des troubles psychiques et des troubles neuro-végétatifs. *Revue Neurol.*, 1925.
- HESCHTETTER. — *Thèse de Nancy*, 1925.
- JANET. — L'acrodynie. *J. de Méd. et Chir.*, 25 déc. 1928.
- A propos de 4 nouveaux cas d'acrod. la conjonctivite et les troubles mentaux. *Bul. Soc. de Péd.*, 16 oct. 1928.
- JANET et DAYRAS. — Sur un syndrome caractérisé par de l'insomnie, des sueurs, des troubles vaso-moteurs des extrémités. *Soc. de Péd., Paris*, 6 juillet 1926.
- JANET et Mlle HUGUET. — Un cas d'acrod. inf. avec précocité et longue durée des troubles oculaires. *Bull. Soc. de Péd. de Paris*, 18 oct. 1932.
- LEENHARDT et BOUCOMONT. — Essai de transmission de l'acrod. à des animaux. *Arch. Soc. Sciences Méd. de Montpellier*, VII, 1935.
- LEENHARDT, BOUCOMONT et LAFON. — Formes atténuées de l'acrod. *Rev. Franc. de Péd.*, 1935.
- LEENHARDT et CHAPTAL. — Encéphalite et acrodynie infantile. *Pédiatrie*, Juillet 1931.
- LEENHARDT, CHAPTAL et DUFOIX. — Acrod. au cours de 3 cas de poliomyélite. *Arch. Soc. Sc. Méd. Montpellier*, Janvier 1931.
- LÉLÖNG et ODINET. — Un cas d'acrod. avec réaction méningée latente. *Bull. Soc. Péd.*, Janv. 1931.
- LEREBOULLET. — Acrod. infant. *Gaz. des Hôp.*, 18 mai 1932.
- *Bull. Soc. Péd. de Paris*, 19 avril 1932.
- LEREBOULLET et SAINT-GIRONS. — Acrodynie. *Paris Médical*, 1927.

- LEVESQUE. — A propos de 15 observations d'acrodynie. *Bull. Méd.*, 6 juin 1936.
- LEVESQUE et MERY. — Acrod. probable caractérisée par un syndrome abdom. douloureux. *Bull. Soc. Péd., Paris*, 19 déc. 1933.
- MARIA MARTINO. — A propos d'un cas d'acrodynie infantile à évolution prolongée. *La pediatria*, 1^{er} nov. 1937.
- MARQUEZY et Mlle ROUGET. — 3 cas d'acrod. *Bull. Soc. Péd. Paris*, avril 1932.
- MILHIT. — 1 cas d'acrodynie infantile fébrile. *Gazette méd. de France*, 1^{er} juin 1934.
- MAC DONALD. — *Med. J. of Australia*, 276-280, 26 août 1933.
- MITRANI. — *Thèse de Paris*, 1935.
- MOURIQUAND, BERNHEIM, BADINAND et Mlle WEILL. — Acrodynie fruste. *Pédiatrie*, Janv. 1935.
- MOURIQUAND, CHAIR (Mme) et PETEY. — Syndr. acrod. expérimentale. *Bull. Soc. Méd. des Hôp. Lyon*, mai 1931.
- MOURIQUAND, DECHAUME, BERNHEIM et Mlle WEILL. — Etude anatomo clinique d'un cas d'acrod. chez une fillette de 13 ans. *Pres. Méd.*, 10 avril 1935.
- MOURIQUAND, DECHAUME et SÉDAILLAN. — Etiologie de l'acrod. Documents histopathologiques et expérimentaux. *Congrès des Pédiatries de langue franç., Bordeaux*, 1936.
- MOURIQUAND, SÉDALLIAN et Mlle WEILL. — Le problème de la contagion à propos de 6 cas d'acrod. *Congrès des pédiatries de langue franç., Bordeaux* 1936.
- MOURRUT (E.). — Guérison rapide d'un cas d'Acrodynie par l'acétylcholyne. *Bull. Soc. de Péd.*, Juin 1934.
- NOBÉCOURT et KAPLAN. — Un cas d'Acrodynie infantile. *Bull. Soc. de Péd. de Paris*, 18 mars 1930.
- NOBÉCOURT. — Sur quelques formes cliniques de l'Acrodynie infantile. *Pédiat. Pratique*, 5 mai 1932.
- NOBÉCOURT et PICHON. — Deux cas de syndrome sudaminaux avec accès de douleurs paroxystiques. (acrodynie). *Soc. de Péd., Paris*, 15 janvier 1927).
- NOBÉCOURT, HAGUENAU, GONGEN et DUCAS. — Trois nouveaux cas d'infection neurotrope chez l'enfant. *Soc. de Péd. de Paris*, 20 mars 1934.
- PÉHU. — Sur un cas d'acrodynie chez un enfant de 13 ans. *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 16 nov. 1926.

- Sur trois nouveaux cas d'acrodynie infantile. *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 8 mai 1928.
- PÉHU et ARDISSON. — Quelques cas d'acrodynie infantile. *Bull. de la Soc. de Péd. de Paris*, 6 oct. 1926.
- Une maladie qui ressuscite, l'acrodynie. *Paris méd.*, 9 avril 1927.
- Six nouveaux cas d'acrodynie infantile. *Soc. de Péd. de Paris*, 15 nov. 1927.
- Sur l'acrodynie de l'enfance. *Paris médical*, 6 nov. 1926.
- PÉHU, ARDISSON et MESTRALLET. — Sur quelques nouveaux cas d'Acrodynie infantile. *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 23 oct. 1928.
- PÉHU et DÉCHAUME. — Etude anatomique d'un cas d'acrodynie chez un enfant de 26 mois. *Lyon méd.*, 15 mars 1936.
- PÉHU et BOUCOMONT. — Epidémiologie et pathogénie de l'acrodynie infantile. *Congrès de Pédiatrie de Bordeaux*, 1936.
- PÉHU et MESTRALLET. — Essai urologique sur l'acrodynie infantile. *Journal de méd. de Lyon*, nov. 1928.
- PEIGNAUX. — Un cas d'acrodynie infantile compliquée de gangrène des doigts. *Péd. Pratique*, 15 nov. 1929.
- PICHON. — L'acrodynie infantile. *Le concours méd.*, 14 août 1932.
- PICHON. — L'acrodynie infantile. *Le concours méd.*, 14 août 1932.
- PICHON et CAMBESSEDES. — 2 nouveaux cas d'acrodynie infantile. *Archives de méd. des enfants*, Juillet 1934.
- Mme PROSKOURIAKOFF. — L'Acrodynie infantile dans le Dauphiné. *Thèse Lyon*, 1934-35.
- RIETSCHELL. — Pathogénie de la maladie de Feer. *Presse médicale*, 21 sept. 1932.
- ROCAZ. — L'Acrodynie infantile, et *monographie*, Doin 1932.
- L'acrodynie infantile, ses formes cliniques. *Journal de Méd. de Bordeaux*, 25 janvier 1928.
- Acrodynie infantile avec encéphalo-myélite terminale. *Soc. de Péd. de Paris*, 19 nov. 1929.
- ROCAZ, BOISSIÈRE-LACROIX. — Acrodynie et névraxite. *Paris médical*, 26 janvier 1935.

- ROCAZ et LARTIGAÛT. — L'Acrodynie infantile familiale. *Journal de méd. de Bordeaux et du Sud-ouest*, 30 juil. 1934.
- RUPPE et HÉNAULT. — Les désordres bucco-dentaires dans l'acrodynie infantile. *Pédiatrie*, mars 1936.
- SCHACHTER. — Etio-pathogénie et traitement de l'acrodynie. *L'Hôpital*, sept. 1934.
- SELTZER. — Veber trophodermatoneurose. *Congrès de Cassel*, 1903.
- Die Kinderlahoneug des vegetativen nervenoyotenie. *Archiv. f. Kind.*, 1927.
- SWIFT. — Erythroedème or the Pink-Disease. *Méd. Journal, Sydney*, 1921.
- THÉBAUD — *Thèse de Paris*, 1935.
- TURQUETÿ. — L'Acrodynie infantile. *Concours médical*, 4 mars 1928.
- WEBER-PARKES. — Pink Disease. *Brit. med. Journal*, 1923.
- WEILL-HALLÉ et KLOTZ. — Un cas d'acrodynie récidivante Etude du syndrome vaso-moteur. *Bull. soc. de Ped. de Paris*, Juil. 1934.
- *Bull. Soc. méd. Hôp., Paris*, 14 déc. 36.
- WILLCOCK. — *The Practitioners*, Janvier 1932.
- WORINGER. — L'Acrodynie infantile. *Revue française de Pédiatrie*, octobre 1926.
- Ueber Kindliche Akrodynie. *Fortschritte der Medizin*, Sept. 1927.
- WOOD. — *British méd. Journal*, 21 sept. 1935.

